

# 問診票

記入日： 年 月 日

ご記入者： \_\_\_\_\_

※ 本日はどちらをご持参されましたか？ 健康保険証 マイナンバーカードの保険証

※ マイナ保険証でご受診の方

マイナ保険証による診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することについて 同意する ・ 同意しない

※ 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

ふりがな お名前： _____	男 ・ 女	生年月日： _____年 _____月 _____日（ _____歳）
ご住所： 〒 _____		
☎： _____ 携帯： _____		

\*本日はどうしてご受診されましたか？  高次脳機能障害  発達  各種診断書  足底板・装具  
ご相談されたいこと、ご症状について具体的にお書きください。

経過について、いつ頃からですか？

\*現在、他の医療機関に通院されていますか？（医療機関名、受診日、治療内容など）

\*現在、処方されている薬はありますか？（薬剤名、容量、治療内容など）

\*これまでに入院や手術を要する病気・ケガなどはありますか？  
ない ・ ある（病名： \_\_\_\_\_）  
（いつ頃： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月（ \_\_\_\_\_歳）ころ \_\_\_\_\_）

\*アレルギー： 無 ・ 有（薬剤・食品、症状等）

ご家族について

続柄	年齢	既往歴・アレルギー・持病など
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

※ご記入頂いた事項はご本人（保護者）様への連絡、相談内容の検討・統計的処理以外には使用致しません。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）